

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES SÉRO-HÉMATIQUES DU MÉSENTÈRE

—◆—

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juin 1919

PAR

Antoine GAZANIOL

Né à Canet (Aude), le 9 octobre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		FORGUE, professeur,		
		GRYNFELTT, agrégé,		
		EITENNE, agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

1, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES SÉRO-HÉMATIQUES
DU MÉSENTÈRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 36

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES SÉRO-HÉMATIQUES DU MÉSENTÈRE



—||♦||—

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Juin 1919

PAR

Antoine GAZANIOL

Né à Canet (Aude), le 9 octobre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		FORGUE, professeur,		
		GRYNFELTT, agrégé,		
		EITEVNE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRETAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (O *)
Clinique médicale.	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O *).
Physiologie.	HEDON (*).
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP (*).
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA (*).
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIREN (*).
Anatomie pathologique.	MASSABUAU (✱)
Chimie médicale.	DERRIEN.
Microbiologie.	N.

Professeurs adjoints : MM. DR ROUVILLE, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DR ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, prof.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. L. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O*) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.
Matière médicale.	DESMONTS. (ch. de c.)
Microbiologie.	CABANNES, agrégé.
Stomatologie.	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
	WATON (✱) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ROGER.
GRYNFELTT (*).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (ch. d'agrég.).
RICHE.	RIMBAUD.	

Examineurs de la thèse :

MM. MASSABUAU, professeur, président.	MM. GRYNFELTT, agrégé.
FORGUE, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'en tend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail, en
témoignage de ma profonde affec-
tion et de ma reconnaissance.*

A MA SŒUR

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A. GAZANIOL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. GAZANIOL.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES SÉRO-HÉMATIQUES

DU MÉSENTÈRE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Les kystes du méSENTÈRE sont connus depuis longtemps et Augagneur rapporte la mention qu'en a faite Benevieni, anatomiste florentin, au xvi^e siècle. La première étude d'ensemble, beaucoup plus tardive, est due à Portal, qui distingue les tumeurs kystiques des tumeurs solides cancéreuses. Jusqu'au xix^e siècle, plusieurs auteurs s'occupent de la question, mais sans la préciser; il s'agit plutôt de découvertes d'autopsie que de diagnostics faits pendant la vie.

Au début et durant la plus grande partie du siècle dernier, la symptomatologie ne se précise pas et, si quelques chirurgiens interviennent, c'est par erreur de diagnostic, en croyant opérer, le plus souvent, un kyste de l'ovaire.

Il faut arriver à l'année 1880 pour atteindre la période

vraiment chirurgicale où l'histoire clinique se précise. Péan s'occupe des kystes du mésentère dans son *Traité des tumeurs abdominales*; Tillaux en précise les signes physiques; en même temps, la pathogénie s'éclaire un peu et les résultats en sont consignés dans la thèse de Collet. Le traitement systématique peut, dès lors, être tenté, les indications étant posées, et l'importante thèse d'agrégation d'Augagneur inaugure cette période (1886). Dès lors, une nombreuse série de travaux met au point la question, tant en France qu'à l'étranger; nous citerons ici les principaux parus en France: thèses d'Arékion et Deffoins, de Bérard; articles de Binaud, Braquehay; cliniques de Terrillon; malades de Lecène, Mauclaire et Désarnaux, etc.: enfin les thèses de Roques et de Levesque.

Nous avons pris, comme base de notre étude, un cas de kyste séro-hématique rétro-péritonéal, dû à l'obligeance de M. le professeur Massabuau, et qui présente quelques particularités intéressantes au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique de ces tumeurs.

ETIOLOGIE

La cause déterminante est presque toujours un traumatisme, tous les auteurs sont d'accord sur ce point (Augagneur, Bérard, Roques), et on le retrouve à l'origine de presque toutes les observations; mais il ne donne pas naissance au kyste sanguin de la même manière dans tous les cas et l'on peut distinguer plusieurs classes de faits.

a) Un malade était porteur d'un kyste séreux depuis un temps plus ou moins long (un an, dans le cas de Lefflaive; deux ans, dans celui de Fossard et Lecène), un traumatisme survient; les symptômes, jusque-là vagues et peu intenses, deviennent rapidement inquiétants; la tumeur augmente de volume, on opère et l'on trouve un kyste sanguin. Ces cas de transformation sont assez fréquents.

b) Il n'existait aucune tumeur, aucun symptôme n'avait attiré l'attention du malade avant le traumatisme; celui-ci provoque la rupture d'une artère, si c'est une contusion, ou la blesse directement, si c'est un coup de feu; l'hémorragie ne dépasse pas les limites du mésentère, le sang se glissant dans le tissu cellulaire lâche et produisant lui-même l'hémostase; il s'agit alors d'une hémorragie enkystée d'emblée. Ces cas, plus rares que les précédents, ont été constatés par Sunth, Owen, Habersohn, pour l'arrière cavité.

c) Plus souvent cependant, l'hémorragie, d'abord libre

dans la cavité péritonéale, s'enkyste secondairement; on voit alors apparaître, après une violente contusion, des signes d'hémorragie interne, puis, assez rapidement, ces symptômes s'amendent, le calme renaît; mais, peu de temps après, le malade se plaint de troubles fonctionnels, on constate l'existence d'une tumeur abdominale; l'hématome est constitué.

A côté du traumatisme ordinaire, il est bon de mentionner, dans l'étiologie de ces kystes, celui qui est dû à un taxis trop prolongé ou trop brutal exercé sur une hernie étranglée.

Bérard, dans sa thèse, rapporte trois observations de ce genre dont la première est due à Rochard. Dans les cas les plus typiques, il s'agit de sujets porteurs depuis longtemps d'une hernie inguinale volumineuse qui s'étrangle tout à coup; après de longues et infructueuses tentatives de taxis, on se décide à faire la kélotomie et l'on trouve une partie du mésentère volumineuse, distendue par un énorme épanchement de sang; d'autres fois, comme dans le cas de Rochard, le traumatisme portant sur la hernie a préexisté à l'étranglement et, par la production d'un épanchement sanguin, en a été la cause; on découvre, en effet, par la kélotomie, l'hématome qui constitue l'agent de l'irréductibilité. Dans les deux cas, ces faits peuvent être rattachés au traumatisme.

* Enfin, c'est encore le traumatisme, d'un ordre tout différent il est vrai, qui semble être responsable de la formation du kyste dans les cas suivants: une malade, atteinte d'une maladie mitrale mal compensée, meurt au milieu d'efforts incessants de toux et de vomissements; à l'autopsie, on découvre un volumineux hématome du mésentère (Isambert, Owen); une femme morte de tuberculose présente de même un hématome du mésocôlon transverse

(Williams); une malade de Jeannel est opérée d'un kyste sanguin du mésocôlon descendant qui semble avoir eu pour origine des vomissements incoercibles au cours d'une grossesse.

Bérard rapproche ces faits de « traumatisme intérieur » de ceux qui sont dus à un traumatisme extérieur et n'hésite pas à faire de l'effort violent la cause de la maladie. On peut faire remarquer, avec Roques, que, souvent dans ces cas, un traumatisme léger peut être invoqué et qu'il est dès lors difficile de faire la part de ce qui revient à chacune des deux causes.

Enfin, il est des cas où, malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut remonter à l'origine de la tumeur. Serait-elle due alors à un traumatisme léger, dont le malade n'a pas gardé le souvenir? C'est possible pour certains cas. Pour d'autres, très particuliers, on peut admettre une étiologie spéciale. Ainsi Potel attribue un kyste sanguin, survenu à l'âge de 56 ans, à la transformation d'un tuberculose des ganglions mésentériques présentés par la malade à 4 ans (?) Il faut bien admettre, toutefois, qu'il y a des cas où ni le traumatisme, ni le taxis, ni l'effort, ne peuvent être incriminés, où l'hématome se produit sans cause décelable; il faut admettre alors la transformation d'un kyste séreux par le processus de la pachypéritonite hémorragique, analogue à celui que l'on observe au niveau de la vaginale.

PATHOGENIE

Une division primordiale s'impose au point de vue pathogénique, suivant que la tumeur est sanguine d'emblée ou que le contenu d'un kyste, d'abord séreux, est devenu sanguin secondairement.

A. *Kyste à contenu sanguin d'emblée.* — C'est le cas le plus simple, et le traumatisme, qui existe toujours dans ce cas, agit simplement en blessant un vaisseau du mésentère; la résistance des feuillets de la séreuse va régler la forme anatomique et l'évolution clinique. Ces feuillets restent-ils intacts, l'hémorragie va se trouver d'emblée enkystée en une cavité close; dans le tissu cellulaire lâche, qui sépare, l'un de l'autre, les deux feuillets, il se produira, par coagulation du sang épanché, des caillots qui ne vont pas tarder à s'organiser en une sorte de paroi fibreuse qui, à la longue, constituera une barrière solide. Des interventions, pratiquées à des moments différents, ont permis de constater que cette organisation se fait par étapes successives et, à côté de parois encore mal définies et peu distinctes (interventions précoces après un ou deux jours), on en a rencontré de résistantes, mesurant plusieurs millimètres d'épaisseur (opérations après plusieurs mois).

Dans le cas où, au contraire, le mésentère ne résiste pas,

le sang s'épanche librement dans la grande cavité péritonéale et, suivant son abondance, les symptômes généraux sont plus ou moins accentués; si le malade résiste, il se produira toujours au contact du sang un certain degré de réaction péritonéale qui aboutira à la formation d'adhérences agglutinant les anses intestinales et les replis séreux les plus proches. Ce travail explique l'enkystement secondaire de l'hémorragie; il peut se produire plus ou moins rapidement et l'on a observé, dans certaines interventions, après quatre à cinq jours.

Enfin, dans certains cas d'hémorragie peu abondante, la formation du kyste peut encore s'expliquer; le sang, dans ces faits, tout en se résorbant en totalité, a pu déterminer cependant un léger degré de réaction péritonéale, qui entraîne lui-même la production de néo-membranes aux vaisseaux nombreux et friables; une hémorragie secondaire se produit à leur niveau et c'est elle qui entraînera la formation de l'hématome dont on conçoit la limitation par ces mêmes néo-membranes.

B. *Kystes séreux transformés.* — a) Le kyste séreux se transforme brusquement en kyste hématique sous l'influence d'un traumatisme; la pathogénie est alors des plus simples: un des gros vaisseaux qui souvent rampent à la surface de la tumeur a été rompu et s'est ouvert dans le kyste et, plusieurs fois, l'intervention a permis de constater les connexions étroites qui unissaient la tumeur aux gros vaisseaux du mésentère dont certains peuvent atteindre, dans ces cas, le volume d'une humérale (obs. d'Augagneur, Braquehay, Ullmann, Chardon, etc.). Quant à la cause immédiate de la rupture, elle reste encore obscure, et il semble seulement établi qu'elle ne réside pas dans une embolie.

b) Dans l'autre cas, la transformation se fait lentement par le processus de la pachypéritonite hémorragique, mis en lumière par Gosselin. Dans les inflammations chroniques des séreuses, il se fait un travail de prolifération, tant sur le tissu conjonctif qui les double extérieurement, que sur leur face interne. A ce niveau, ce travail aboutit à la formation de néomembranes faites d'un réseau de fibrine enserrant en ses mailles des globules rouges et blancs et des cellules épithéliales; tout cela s'organise, remanié par des vaisseaux de nouvelle formation. C'est à leur niveau que se produira l'hémorragie, car ils sont d'une extrême fragilité au point de pouvoir se rompre spontanément. L'hémorragie est donc une conséquence de l'altération de la séreuse et elle ne se produit qu'au bout d'un temps assez long qui est souvent de plusieurs années. Au microscope, en examinant la paroi, on a pu constater que l'hémorragie se produit d'abord dans sa couche moyenne où l'on aperçoit des cavités vasculaires; elle aurait ensuite perforé la couche interne pour se répandre dans le kyste (cas de Leflaire).

Il nous reste maintenant à étudier la pathogénie des kystes séreux eux-mêmes qui se rattachent de si près à l'histoire des kystes sanguins. Deux théories sont en présence: celle de l'origine congénitale, celle de l'origine lymphatique.

1° Celle-ci est la plus ancienne interprétation que l'on ait donnée du développement des kystes séreux. Augagneur déjà s'en faisait le défenseur, ayant remarqué dans ces tumeurs la présence de tissu réticulé. Cette opinion est encore défendue par Quénu, puis par Duval (1907). Sont-ils des lymphangiomes kystiques ou viennent-ils d'une dilatation des chylifères? Des observations diverses sem-

blent prouver qu'ils peuvent reconnaître une origine ganglionnaire et une origine aux dépens des chylifères.

1° Dans le premier cas, on assisterait à la formation de véritables adénites du mésentère, transformées ensuite en vastes kystes à contenu séreux (obs. de Augagneur, Papavoine, Demons, Potel).

2° Dans le deuxième cas, il s'agit de dilatations pathologiques des conduits chylifères, de véritables varices lymphatiques : celles-ci sont dues à l'altération des parois par la filaire de Wucherer et à l'obstruction des canaux par ces mêmes filaires unies à des leucocytes. C'est ainsi que se développeraient des varices du mésentère, par un processus analogue à celui qui produit l'éléphantiasis, l'ascite et l'hydrocèle chyleuse. Certains cas, où l'on a vu la tumeur sillonnée de canaux très larges, semblent rentrer dans cette catégorie (obs. de Simon).

D'autres fois, il s'agit d'un véritable lymphangiome par adjonction à la dilatation d'une néoformation, soit lymphangiome simple avec amas de capillaires dilatés, soit lymphangiome caverneux. Celui-ci est le premier stade des grandes tumeurs kystiques multi ou uniloculaires que l'on observe au cou et dont Fossard et Lecène ont rapporté une observation au niveau du mésentère.

b) La théorie de l'origine congénitale, plus récente, a d'abord été exposée à l'étranger. Le kyste proviendrait alors, soit des débris embryonnaires de l'appareil uro-génital, soit du péritoine lui-même par un vice de son développement, soit d'un diverticule de l'intestin.

1° Dowd (1900), Moynihan (1902), Ayer (1906), Néosi (1907), ont soutenu la première opinion. Pour ces auteurs, il y aurait inclusion dans le mésentère du corps ou du canal de Wolff, du conduit de Müller ; ces débris organiques

ayant une tendance à subir la dégénérescence kystique, on conçoit ainsi la formation de la tumeur.

Niosi base son affirmation sur la structure de la paroi qui était limitée par un épithélium cylindrique et contenait, dans son épaisseur, des tubes glandulaires formés de cellules cylindro-coniques. D'autre part, la présence des nodules de tissu surrénal plaide aussi en faveur de cette hypothèse.

2° Le kyste peut se développer aux dépens d'un diverticule intestinal. Ces diverticules peuvent être acquis ou congénitaux. Ils siègent fréquemment sur le gros intestin et, dans certains cas, le kyste paraissait développé aux dépens du côlon ascendant; exceptionnellement, ils se développent sur l'appendice iléo-cæcal; souvent, au contraire, ils se produisent au point de pénétration des canaux hépatique et pancréatique. Leur nombre est souvent considérable: Alibert, 200 sur le côlon; Hansemann, 400 sur le segment de jéjunum. Leur volume, très variable, varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une pomme. S'ils sont acquis, ils communiquent avec l'intestin par un orifice arrondi ou en forme de croissant; leur contenu est alors formé de matières fécales; ils ne rentrent pas dans la catégorie que nous étudions; mais on peut admettre que, dans certains cas, ces diverticules soient congénitaux et se séparent secondairement de la cavité intestinale; ainsi se trouvent formés les kystes juxta-intestinaux étudiés par Terrier et Lecène; le contenu est alors un liquide filant et jaunâtre qui, sous l'influence des causes ordinaires, peut devenir hémorragique. Leur structure seule permet de les rapporter à leur origine et, à ce point de vue, Terrier et Lecène les divisent en kystes sous-muqueux, sous-séreux ou intra-musculaires; ils présentent un épithélium cylindrique souvent caliciforme avec invagination pseudo-glan-

dulaire et une paroi externe formée de tissu conjonctif avec une quantité plus ou moins grande de fibres musculaires. Dans un cas, qui a été examiné par M. le docteur Letulle, les fibres musculaires étaient très peu nombreuses.

Terrier et Lecène font des kystes sous-séreux des débris du canal omphalo-mésentérique et attribuent les autres à un pincement de la paroi intestinale au cours du développement. On peut admettre avec Duval que, dans certains cas, ils se développent aux dépens de diverticules qui perdent secondairement toute connexion avec l'intestin.

3° Cunéo attribue la formation des kystes à un vice de développement du péritoine. Il se refuse d'abord à admettre l'origine lymphatique en se basant sur le caractère uniloculaire de ces formations. Les lymphangiomes sont, en effet, multiloculaires. D'autre part, si le kyste se développait aux dépens des chylifères, il serait inclus entre les feuillets du mésentère, or cela est rare; plus souvent, il occupe une situation rétro-péritonéale et ce fait plaide en faveur de la théorie de Cunéo. On sait, en effet, que, au cours du développement, les côlons ascendant et descendant, primitivement pourvus d'un méso, le perdent par accolement de sa face postérieure au péritoine pariétal postérieur; il y a, en ces points, fusion de trois feuillets; or, cet accolement peut être nul; le mésocôlon subsiste; il peut aussi être incomplet, par défaut de coalescence dans le sens vertical ou dans le sens transversal. Ainsi se trouve formée une cavité qui pourra être une origine de kystes. C'est donc une erreur de langage que d'appeler ces collections kystes du mésentère; elles mériteraient plutôt le nom de kystes rétro-péritonéaux. Cette théorie, reprise par Drucbert, s'appuie sur des constatations précises; elle présente, en outre, un intérêt au point de vue de la techni-

que opératoire. Le cas que nous rapportons nous semble devoir être plus logiquement expliqué de cette manière.

En résumé, certains kystes sont créés de toutes pièces par le traumatisme qui a blessé un vaisseau important du mésentère. L'hémorragie peut d'emblée être enkystée entre les feuilletts du mésentère restés intacts ou, d'abord libre dans la cavité péritonéale, s'enkyste secondairement par adhérences mésentériques. Dans d'autres cas, le kyste pré-existe à l'hémorragie sous forme d'une collection séreuse qui peut, elle-même, avoir une origine lymphatique ou, plus souvent, une origine congénitale. Dans le premier cas, le kyste siège entre les feuilletts du mésentère; dans le deuxième, il est rétro-péritonéal. Quoi qu'il en soit, la transformation peut se faire brusquement sous l'influence du traumatisme ou lentement, sans cause apparente, par le processus de la pachypéritonite hémorragique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

MÉSENTÈRE

I. MACROSCOPIQUEMENT. — Les kystes sanguins sont, en général, uniques; mais on ne saurait admettre, avec Roques, qu'il en soit toujours ainsi. Le traumatisme peut, en effet, agir sur plusieurs vaisseaux simultanément et entraîner la formation de plusieurs poches; d'ailleurs certaines observations sont là pour le prouver (malade de Legrous, deux hématomes dans le mésocôlon transverse; autopsie de Lannelongue, poches nombreuses disséminées dans l'abdomen; malade de Verchère, quatre tumeurs disséminées dans le mésentère).

Leur volume est très variable suivant l'ancienneté de la lésion et l'importance du traumatisme; certaines ne dépassent pas le volume d'une noix, d'autres constituent de vastes poches emplissant la cavité abdominale et d'où la ponction a permis de retirer de 6 à 8 litres de liquide. Les kystes vrais paraissent être plus volumineux que les hématomes.

La forme de la tumeur est peu variable: habituellement ovoïde, quelquefois sphérique. Cette forme semble en rapport avec la disposition des zones décollables au niveau du mésentère, ainsi que le prouvent les expériences de Gé-

rard-Marchand et Collet. Par des injections d'air ou de suif, ceux-ci ont reconnu que cette zone siège au niveau du pédicule; sa limite est représentée par celle « des espaces compris entre les départements artériels et les plicatures ».

II. MICROSCOPIQUEMENT. — La constitution anatomique est très différente, suivant les variétés de kystes que nous ont permis de distinguer l'étiologie, la pathogénie. L'anatomie pathologique vient aussi corroborer leurs données.

A. *Kystes séreux préexistant à l'hémorragie.* — La paroi propre de la tumeur est ici bien organisée et l'on peut y distinguer trois couches : l'une externe, séreuse; la deuxième moyenne, fibreuse; la troisième interne, épithéliale.

a) La tunique externe n'est autre que le mésentère dont les feuillets écartés viennent limiter la tumeur; ils restent accolés l'un à l'autre en arrière au niveau de leur ligne d'insertion et en avant au voisinage de l'intestin grêle; le péritoine est doublé d'un tissu cellulaire lâche, au niveau duquel cheminent les vaisseaux nourriciers de l'intestin.

b) La couche moyenne est formée de tissu conjonctif qui renferme des vaisseaux. Elle présente donc des fibres et des cellules conjonctives, les fibres étant très nombreuses. Sa disposition est d'abord variable; parfois la couche est homogène; plus souvent, elle est formée de plusieurs assises qui peuvent être séparées par une hémorragie formée aux dépens de leurs propres vaisseaux. Des couches de formation nouvelle peuvent se superposer de dehors en dedans, si bien que les plus internes sont formées de fibres ténues avec cellules rondes, enserrant dans leurs mailles des globules sanguins.

c) La paroi interne comprend généralement un épithélium et du tissu lymphoïde; mais ces deux éléments peuvent exister isolément et ni l'un ni l'autre n'est caractéristique. Augagneur et Braquehayé ont affirmé l'absence de l'épithélium sur la paroi interne des kystes; mais, s'il en est ainsi dans certains cas, on ne saurait généraliser et plusieurs auteurs ont noté l'existence d'un endothélium. D'autre part, le tissu lymphoïde est représenté par des alvéoles irrégulièrement disposées, de dimensions différentes, séparées par de minces cloisons qui sont elles-mêmes revêtues d'endothélium. Dans l'épaisseur de ces cloisons, on trouve des amas de tissu lymphoïde; enfin, la cavité est remplie de sang ou de lymphes coagulés et, appliqués contre la paroi, on trouve des globules rouges mêlés à quelques globules blancs.

B. *Hématome enkysté d'emblée.* — L'anatomie pathologique est ici beaucoup plus simple; l'hémorragie constitue toute la lésion et l'histologie ne décèle pas de paroi propre; le sang épanché se coagule et s'enkyste entre les deux feuillettes du mésentère ou de l'épiploon qui, ici encore, constituent la cavité externe; le reste est formé par l'organisation des caillots, tandis que la partie liquide du sang, le sérum, constitue le contenu du kyste. Il se peut, d'ailleurs, comme l'a observé Rochard dans une hernie étranglée, que le sérum transsude à travers la paroi du kyste pour être résorbé ensuite dans la grande cavité et que les caillots seuls constituent à la fois le contenu de la paroi. C'est ainsi que s'explique l'extrême dureté de certaines tumeurs.

C. *Hématome consécutif à une hémorragie enkystée secondairement.* — Comme dans le cas précédent, il n'y a pas de paroi propre. La paroi externe a ceci de particulier

qu'elle présente deux feuillets péritonéaux adossés, dus à la formation d'adhérences. Quant à la paroi fibreuse, elle est constituée ici encore par l'organisation des caillots qui, d'abord isolés, se fusionnent peu à peu. Cette couche peut être extrêmement friable et, par le fait, difficile à isoler des parties voisines.

Nous ne dirons qu'un mot du contenu de la tumeur. Il est formé de sang, soit liquide, soit à l'état de caillots; aussi sa couleur peut-elle varier infiniment, depuis la teinte rouge caractéristique jusqu'à une teinte claire à peine rosée; parfois, le liquide est jaunâtre et, seul, l'examen histologique peut montrer qu'il s'agit de sang. Il n'est pas impossible d'ailleurs qu'un kyste sanguin se transforme en kyste séreux.

L'analyse chimique, rarement pratiquée, a montré l'existence d'albumine, de sels minéraux, d'hémoglobine, de traces d'urée.

SYMPTOMES

Le début est essentiellement variable selon le type anatomo-clinique en présence duquel on se trouve.

1° Il peut être brusque et dramatique. D'emblée on observe les signes classiques d'une hémorragie interne, puis les symptômes s'amendent et l'épanchement, amassé en caillots noirs, s'entoure de néo-membranes et s'enkyste par un processus analogue à celui de l'enkystement d'une hématocele rétro utérine succédant à la rupture d'une grossesse tubaire.

2° Après un traumatisme plus ou moins net, un kyste de moyen volume se développe, progressivement et lentement. Ce début peut être marqué par des douleurs, siégeant vers la partie médiane de l'abdomen, douleurs sourdes avec exaspérations. Dans des cas rares, en effet, on a pu observer la douleur comme symptôme initial, véritable signal d'alarme de l'organisme, offrant les caractères les plus variés et qu'il ne faut pas confondre avec la douleur de la période d'état qui est sous la dépendance de l'augmentation de volume de la tumeur, de compressions exercées sur les organes abdominaux, de tiraillements par les adhérences ou même de complications brusquement survenues. L'analyse de l'élément douleur, à la période de début, nous apparaît donc comme étant d'un haut intérêt clinique si nous considérons que

l'observation positive de cet élément peut nous conduire dans la voie du diagnostic précoce et même nous éclairer sur l'étude des causes.

Quelquefois c'est seulement la tumeur qui attire l'attention de la malade ou qui est découverte par un médecin, à l'occasion d'une exploration. — Enfin, souvent, ce sont des troubles digestifs qui ouvrent la scène : coliques, vomissements, constipation ; ce sont peut être là des symptômes consécutifs à la légère inflammation péritonéale péricystique et à la paralysie intestinale.

3° Dans des cas fréquents, comme celui qui constitue notre observation princeps, le kyste ne reconnaît pas une origine traumatique : il s'agit d'un kyste séreux transformé. L'évolution hématique, dans notre cas, s'était effectuée progressivement sans qu'on puisse dire qu'à un moment déterminé les symptômes avaient acquis une plus grande acuité. Seule, l'augmentation de volume du ventre avait attiré l'attention de la malade, et jusqu'à là aucun phénomène fonctionnel n'avait marqué le début. La douleur faisait défaut, comme c'est la règle dans cette première période. Souvent même rien dans la symptomatologie ne révèle la transformation hématique : on peut seulement la soupçonner.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Les signes de la période de début n'ont fait que s'accroître.

Signes fonctionnels : 1° La douleur est un des symptômes principaux : son siège le plus fréquent est la région ombilicale, mais elle peut s'irradier vers l'épigastre, les flancs, les cuisses, parfois sourde et continue, elle présente, le plus souvent, des paroxysmes très pénis

bles ; ceux ci sont parfois réveillés par la position couchée et le malade en est réduit à se tenir assis dans son lit. L'évolution généralisée, la douleur est variable : tantôt elle augmente de façon progressive suivant le développement de la tumeur, tantôt elle est totalement absente. Quand elle existe, et c'est le cas le plus fréquent à cette période, la douleur doit être surtout attribuée aux tiraillements exercés sur les plexus mésentériques, toujours plus grands à mesure que la tumeur augmente de volume et descend vers l'abdomen.

2° *Les troubles digestifs* sont restés les mêmes, nous retrouvons les vomissements et la constipation du début. Ce dernier symptôme est le plus constant. A cette période où la tumeur est volumineuse, la constipation peut être due à la compression qu'elle exerce sur l'intestin ; de même la compression qu'elle exerce sur l'estomac pouvant peut-être expliquer les vomissements qui surviennent par crises. Enfin, l'anorexie est très marquée et l'ensemble de ces troubles digestifs, joints à la douleur, ne tarde pas à retentir sur l'état général. L'amaigrissement portant sur tout le corps et la cachexie apparaissent, signes habituels de la terminaison naturelle.

3° Parmi les troubles fonctionnels, il faut indiquer l'atteinte, chez la femme, des fonctions génitales. La plupart des observations mentionnent, en effet, les troubles menstruels pouvant aller de la dysménorrhée jusqu'à l'aménorrhée complète ; la compression directe par la tumeur permet, dans quelque cas, de les expliquer ; pour les autres, on fait intervenir l'anémie des organes pelviens, due à la compression de l'aorte (Braquehay). Ces troubles s'observent plutôt dans les derniers mois, à la période où les symptômes digestifs sont plus marqués et où apparaissent les crises de vomissements ; on est

frappé alors par l'état général des malades qui pâles, affaiblies, amaigries, ont le facies des femmes minées par un kyste ovarique depuis de longues années.

Signes physiques. - *L'inspection* montre, au premier coup d'œil, l'augmentation de volume de l'abdomen ; la coloration et la vascularisation de la peau sont normales ; on n'observe généralement pas de circulation collatérale.

Dans le cas qui nous occupe, où la tumeur est mésentérique, elle forme une saillie médiane et périombilicale ; Fillaux a, depuis longtemps, insisté sur ce caractère, qui se trouve réalisé dans la plupart des cas. Dans quelques observations, cependant, la saillie maxima est notée à droite ou à gauche ; il est évident que, suivant son développement, la tumeur pourra déborder la région ombilicale et emplir plus ou moins l'abdomen, mais presque toujours la plus forte saillie est au centre. Quant à sa forme, c'est le ventre saillant, en obusier, et non un ventre étalé d'ascite.

La palpation permet de préciser ces caractères : elle circonscrit une tumeur de forme généralement ovoïde, de volume variable qui, dans le cas que nous envisageons, est à peu près celui d'une tête d'adulte. Le plus souvent, la tumeur est lisse, bien que, dans certains cas, on ait décélé des inégalités à sa surface. Indolore à la palpation, elle est de consistance variable. Souvent, comme dans notre cas, la fluctuation est nette ; on a noté toutes les sensations, depuis la fluctuation jusqu'à la résistance ou à la dureté par excès de tension du liquide.

La mobilité du kyste existe surtout dans le sens latéral ; il peut être déplacé à droite ou à gauche. Dans certains cas même, la tumeur se déplace dans tous les sens ; néanmoins, la mobilité est toujours moins grande dans

le sens vertical. D'ailleurs, le volume du kyste, en augmentant, vient atténuer sa mobilité et, dans d'autres cas, le même résultat est produit par des adhérences à l'intestin qui tendent à fixer la tumeur. Ce symptôme est donc transitoire et il faut s'attendre à le voir disparaître quand le développement du kyste fait qu'il est à l'étroit dans la cavité abdominale et comprimé par les organes voisins.

La *percussion* permet de constater l'existence d'une matité absolue sur toute l'étendue de la tumeur; tout autour, on trouve de la sonorité due au refoulement de l'intestin. En haut, cette zone sonore sépare la tumeur du foie; sur les côtés, de la rate ou du rein. En bas, il existe une zone de sonorité, sur laquelle insistent tous les auteurs, séparant du pubis la matité kystique; elle permet d'affirmer que la tumeur ne vient pas du bassin. Ce signe a une grande valeur quand il est nettement positif, mais il nous paraît intéressant de noter que la sonorité sus-pubienne peut faire défaut ou être réduite à une zone minime, comme c'est le cas dans l'observation que nous rapportons.

Le *toucher vaginal* doit être pratiqué; l'utérus sera perçu en position normale et le double palper ne permettra pas de le mobiliser en agissant sur la tumeur; si, cependant, celle-ci est assez volumineuse pour devenir pelvienne, elle pourra modifier la situation de l'utérus qui sera dévié à droite ou à gauche, en avant ou en arrière, mais en restant indépendant du kyste.

EVOLUTION. — L'évolution se fait lentement et progressivement. La tumeur augmente de volume, les troubles digestifs s'accroissent, l'état général s'altère.

On a signalé un processus de guérison par ouverture du kyste dans l'intestin et oblitération de la poche : c'est une évolution exceptionnelle.

Quelquefois, dès que la tumeur révèle sa présence, elle s'accroît avec une plus grande rapidité, comme si un coup de fouet était donné à l'évolution lente et progressive du début. Le kyste peut, pendant une longue période, ne donner aucun symptôme et rester latent jusqu'au moment où éclatent les phénomènes de compression ; la marche se précipite et des symptômes graves s'accumulent en quelques mois.

Dans le cas qui sert de base à notre étude d'ensemble, M. le professeur Massabuau a observé des douleurs abdominales sourdes avec exacerbations, dans les derniers mois seulement, et les vomissements ne sont survenus que dans les dernières semaines.

Ordinairement, la mort est la terminaison du kyste abandonné à lui-même ; elle survient du fait de l'anémie et de la cachexie dues à l'intensité des troubles digestifs, à l'amaigrissement et à la dénutrition extrêmes qui en résultent.

On peut enfin observer des *complications*.

Les complications de compression sont les plus fréquentes. Parmi elles, il faut faire une place à part à l'*occlusion intestinale*. Cet accident peut être le premier symptôme révélateur de la maladie et Timbal rapporte une observation significative de Jeannel à ce point de vue. L'occlusion éclate avec le caractère d'acuité et de gravité le plus marqué. On peut, difficilement, explorer l'abdomen, à cause du météorisme et, dans certains cas, il est difficile de décélérer, par l'exploration, la tumeur qui a donné naissance à l'occlusion ; c'est l'intervention qui permet alors de poser le diagnostic.

Dans d'autres cas, c'est au cours de la maladie nettement diagnostiquée qu'apparaissent les accidents ; ils peuvent présenter le caractère aigu ; mais, le plus souvent, ils revêtent la forme chronique de l'obstruction, servant de trait d'union entre les troubles digestifs et la constipation, qui sont les symptômes de la maladie et l'occlusion vraie.

L'occlusion peut être expliquée par la compression de l'intestin, mais on sait combien les lésions de péritonite sont fréquentes dans ce cas et ce sont elles qui, le plus souvent, occasionnent l'arrêt des matières en paralysant la tunique musculaire de l'intestin.

La *rupture du kyste* a pu être observée. Dans quelques cas rares, le kyste s'ouvre dans l'intestin et ce peut être un processus de guérison.

Plus souvent la tumeur s'ouvre dans le péritoine : au moment de la rupture on peut observer les signes d'une hémorragie interne et, si le liquide n'est pas aseptique le péritoine est atteint directement par l'épanchement, dans sa cavité, de produits microbiens et on voit évoluer ensuite une péritonite.

L'influence des kystes du mésentère sur *l'évolution de la grossesse* est la même que celle des kystes de l'ovaire : si la tumeur abdominale est peu volumineuse, elle peut être bien tolérée et la grossesse suit son cours normal, l'accouchement se fait sans difficultés ; dans le cas contraire, il est fréquent que la grossesse n'arrive pas à terme et, si elle atteint le terme, la tumeur peut être un obstacle insurmontable à l'accouchement

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est parfois très difficile : l'on peut méconnaître le kyste et penser à toute espèce de tumeur abdominale ; certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que seules la ponction ou la laparotomie exploratrice peuvent fixer le chirurgien (Bianchi, Arékion). Il est certain qu'à l'occasion de ces malades, les diagnostics les plus divers ont été posés avant l'opération ; cependant, cette opinion semble un peu exagérée et, avec de la méthode, on peut dans un certain nombre de cas poser le diagnostic de kyste et souvent aussi affirmer sa nature hématique.

Les divers points du problème sont d'ailleurs d'inégale difficulté. On devra, d'abord, s'efforcer de préciser le siège de la tumeur et, à ce propos, il faudra examiner tous les organes de l'abdomen pour s'arrêter au mésentère. Une fois la tumeur située, on se demandera si elle est solide ou liquide et, dans ce dernier cas, on éliminera les kystes non hématiques. Enfin, si la tumeur n'apparaît pas nettement mésentérique, on devra penser aux hématomes plus rares de l'épiploon ; ceux de l'arrière cavité feront l'objet d'un chapitre spécial.

1° *Diagnostic du siège.* — Le premier souci du chirurgien, avons-nous dit, doit être de situer la tumeur. Il doit donc avoir présent à l'esprit, dans ses traits principaux,

le tableau clinique des kystes sanguins du mésentère; tumeur à marche généralement insidieuse, s'accompagnant de douleur, d'anorexie, vomissement et constipation, pouvant donner lieu à des crises d'occlusion intestinale et qui présente les signes physiques résumés par Tillaux: « Tumeur dont la partie culminante occupé à peu près le milieu du ventre, très mobile dans tous les sens et surtout latéralement recouverte par des anses d'intestin grêle ». Ces caractères permettront, le plus souvent, d'éliminer les autres tumeurs abdominales, qui ne les présentent pas groupés de la même façon.

On ne s'arrêtera pas longtemps à l'hypothèse d'un néoplasme intestinal; le siège différent est souvent dans la fosse iliaque droite ou sur l'angle gauche du côlon; les signes de sténose sont plus accentués; il existe souvent des hémorragies intestinales et la tumeur ne tarde pas à retentir sur l'état général: l'amaigrissement et la cachexie sont beaucoup plus rapides que dans le kyste sanguin.

Des considérations de même sorte s'appliquent au cancer de l'estomac; le siège fréquent au voisinage du pylore produit le tableau classique de la sténose; on note fréquemment des hématomésés; d'ailleurs, la tumeur, lorsqu'elle est perceptible, dans le cas de néoplasme de la face antérieure, est plus haut placée dans la région épigastrique et présente des caractères de dureté, d'inégalité qui ne sont pas ceux du kyste.

Le cancer massif du foie sera aussi facilement reconnu. Outre les symptômes spéciaux qui l'accompagnent, on sait qu'il donne lieu à une tumeur énorme, dont l'augmentation de volume peut être suivie à vue d'œil; le siège de la matité qui se continue avec celle du foie est d'ailleurs tout à fait différent; l'interposition du côlon transverse peut cependant induire en erreur dans certains cas, par l'existence

d'une zone sonore entre la matité du foie et celle du kyste. Le cancer secondaire se présente sous une forme nodulaire, marronnée; il y a des signes concomitants, ictère, ascite. Ces signes permettront de faire le diagnostic des autres hypertrophies hépatiques: ictère, hypertrophie de la rate dans la cirrhose de Hanot, grosse rate dans le foie de la syphilis et du paludisme.

Les kystes hydatiques, donnant lieu à une tumeur liquide, seront plus facilement confondus. Outre le siège de la matité continuant celle du foie, on recherchera les signes particuliers: frottement, frémissement hydatique, qui sont rares et d'interprétation difficile et surtout les petits signes du début: urticaire, douleur de l'épaule droite, liposiaborrhée, pleurésie droite, épistaxis, etc.

La péritonite tuberculeuse, dans sa forme fibro-caséuse, sera facilement reconnue par ses zones alternantes de matité et de sonorité (matité en damier); les signes pleuraux qui l'accompagnent souvent aideront aussi le diagnostic.

Une zone sonore existe, au devant des tumeurs du rein qui sont rétro-péritonéales; mais elles ont des signes bien particuliers; leur siège tout d'abord dans la région postéro-latérale de l'abdomen, le contact lombaire qu'elles présentent et la sensation de ballottement qu'elles donnent. Le rein mobile s'accompagne de troubles digestifs qui pourraient tromper; mais son siège, presque toujours à droite, la sensibilité qu'il présente à la pression, sont déjà caractéristiques; on peut sentir, par le double palper, que la fosse lombaire est vide de son contenu.

Plus fréquemment, en raison même de sa grande fréquence, on a pris un kyste du mésentère pour un kyste de l'ovaire; l'erreur est cependant facile à éviter; la tumeur de l'ovaire se développe de bas en haut, elle est d'abord latérale et ce n'est que lorsqu'elle a acquis un grand vo-

lume qu'elle devient médiane; la mobilité est moins grande que dans le kyste du mésentère; la percussion ne permet pas de sentir une zone de sonorité au devant de la tumeur qui est en contact immédiat avec la paroi abdominale; de même, il n'y a pas entre elle et le pubis de zone de sonorité; enfin, le toucher montre que l'utérus est dévié du côté opposé.

Mais les deux organes auxquels on peut penser plus volontiers sont le pancréas et la rate.

Les kystes du pancréas, il est vrai, ne sont pas très fréquents et, s'ils siègent sur la tête ou le corps de l'organe, ils peuvent s'accompagner de troubles d'insuffisance pancréatique; mais il n'en est pas toujours ainsi et, lorsque, en particulier, ils siègent sur la queue, ces signes font défaut, car il suffit d'une très petite portion de tissu sain pour assurer le fonctionnement de la glande. Tout se borne alors à des troubles digestifs vagues, analogues à ceux des tumeurs du mésentère: anorexie, vomissements, constipation.

Les signes physiques, il est vrai, mettent sur la voie du diagnostic; on se trouve bien en présence d'une tumeur matte et lisse, mais elle est profondément placée, d'où mobilité à peu près nulle; elle est bien médiane, mais au devant d'elle se trouve une large zone de sonorité, due au refoulement de l'estomac. Il n'en reste pas moins que, dans les cas moins typiques, le diagnostic peut être difficile avec les kystes du mésentère et plus encore avec ceux de l'arrière cavité.

Enfin, bien souvent l'on a pensé à une tumeur de la rate et, en raison des signes physiques de la tumeur, régularité, matité, souvent fluctuation, à un kyste hydatique de cet organe. Pour être moins communs que ceux du foie, ceux-ci sont, en effet, relativement fréquents. Ici encore les

signes fonctionnels peuvent être assez peu accentués. Assurément, si le développement de la tumeur est ascendant, on retrouvera des signes thoraciques qui l'ont défaut dans le kyste du mésentère, à moins qu'il n'ait atteint un énorme volume; mais, si la tumeur se développe par en bas, elle peut, par compression des organes abdominaux, n'entraîner que les troubles vagues que nous connaissons. C'est donc surtout sur les signes physiques que l'on devra s'appuyer, le siège est différent; la tumeur est d'abord latérale gauche; c'est de ce côté qu'elle s'est développée au début et ce n'est que, secondairement, qu'elle a pu envahir l'abdomen.

La palpation permet généralement de reconnaître le bord antérieur de l'organe qui est tranchant et coupé d'incisures; la mobilité peut exister et, dans certains cas, elle est très grande, mais ces cas sont l'exception et l'on ne peut qu'à peine mobiliser la tumeur; l'on peut rechercher le frémissement hydatique, mais l'on sait combien ce signe est infidèle et son absence ne saurait infirmer le diagnostic. Un symptôme a beaucoup plus de valeur: c'est l'absence de zone sonore en avant de la tumeur; la percussion faible aussi bien que la percussion forte dénotent une matité étendue à toute la surface.

2° *Diagnostic de la nature de la tumeur.* — Il ne s'agit pas d'avoir reconnu le siège mésentérique du kyste, il faut encore s'efforcer d'en déterminer la nature, et cette deuxième partie du diagnostic présente, dans certains cas, de grandes difficultés. Certains auteurs n'hésitent pas à le déclarer impossible (Deffains, Arékion). Il est des cas cependant où on l'établira: la notion du traumatisme a une grande importance, si du moins il a été assez violent et s'il a été provoqué par une violence extérieure agissant

en un point limité de l'abdomen. On a vu la tumeur se développer peu de temps après, et le mode de développement de cette tumeur a aussi son importance. Le plus souvent, dit Roques, elle augmente par poussées successives, séparées par des intervalles durant lesquels elle reste stationnaire. Enfin, si le traumatisme a été accompagné de signes d'hémorragie interne auxquels a succédé l'apparition de la tumeur, on pourra presque affirmer le kyste hématique.

Quant aux autres tumeurs liquides du mésentère, elles sont rares et leur symptomatologie est environnée d'une telle obscurité que, le plus souvent, on ne peut les diagnostiquer. Les kystes dermoïdes sont de petit volume et ont une évolution lente; les kystes chyleux et séreux seraient de plus grand volume; les kystes hydatiques seraient, au contraire, plus petits et l'on pourrait, dans certains cas, déceler à leur niveau le frémissement caractéristique. L'existence antérieure ou concomitante d'une tumeur de cette nature sur un autre organe pourrait diriger le diagnostic de ce côté; mais l'on voit combien ces signes différentiels sont inconstants et faits de nuances; on ne pourra, dans tous les cas où le traumatisme n'est pas net, arriver qu'à un faible degré de probabilité.

Restent les moyens de laboratoire qui, dans certains cas, donneront quelques indications. On appliquera la méthode de la fixation du complément de M. Weinberg; si elle est positive, on croira à un kyste hydatique. On fera aussi un examen de sang qui permettra, dans quelques cas de kyste hématique, de déceler une diminution de globules rouges. Il resterait un dernier moyen de diagnostic qui est recommandé par certains auteurs, par exemple Augagneur: la ponction exploratrice. Est-ce une pratique légitime? Assurément non, car elle est inutile et dangereuse: inutile,

car le fait de retirer du sang par ce moyen n'implique pas que l'on ait sûrement affaire à un kyste du mésentère, ainsi ce cas où Winckel prit pour une tumeur de ce genre un kyste de l'ovaire; mais, surtout, elle est dangereuse: elle expose à la rupture de vaisseaux souvent volumineux qui rampent à la surface de la tumeur et, plus encore, à celle de l'intestin qui peut adhérer au kyste; elle n'est point en elle-même curatrice et, de plus, elle entraîne souvent la production d'adhérences qui compliquent l'opération ultérieure lorsque l'on se décide à la pratiquer. Dans le cas où, malgré tous les efforts du clinicien, le diagnostic reste en suspens, il vaut donc mieux le réserver jusqu'à la laparotomie exploratrice qui sera, en même temps, curatrice.

TRAITEMENT

Au début, la ponction était la seule opération qu'on osât, et Augagneur la préconisait.

C'est évidemment une méthode inefficace ; malgré des ponctions successives le liquide se reproduit, d'autre part, elle n'est pas sans dangers et peut entraîner des complications telles que l'infection du kyste, des hémorragies, etc.

L'extirpation est la méthode de choix. Elle consiste, après laparotomie médiane, à faire d'abord la décortication de la tumeur recouverte par les feuillets du mésentère, à la ponctionner ensuite pour pratiquer plus aisément la décortication de la partie postérieure : on enlève ainsi en bloc toute la tumeur. Il ne reste plus ensuite qu'à faire une hémostase soignée, à reconstruire le méso par une suture, et à refermer sans drainage de préférence.

Cette opération peut être très difficile et présenter des incidents plus ou moins graves. La tumeur est en effet toujours adhérente à l'intestin qu'on peut blesser au cours de la décortication ; elle peut se rompre avant qu'on ait pratiqué la ponction, et, le liquide inondant le péritoine expose à la péritonite s'il n'est pas rigoureusement aseptique.

L'irritation du plexus solaire explique des cas de mort subite observés ; dans le cas où cette irritation est moins forte, tout peut se borner à une syncope ou à une cyanose passagère.

Enfin, il peut arriver qu'au cours des manœuvres on enlève trop de mésentère, privant ainsi l'intestin de vaisseaux importants pour sa nutrition : on obtient alors de la nécrose et la perforation ultérieure de l'intestin.

Malgré ces inconvénients, l'extirpation demeure la méthode de choix toutes les fois que la tumeur peut être décortiqué. Timbal a réuni cinq cas de guérison par cette méthode. L'observation de Monsieur le professeur Massabau, dans laquelle la guérison fut obtenue très simplement, vient s'ajouter à ce nombre.

Dans les cas où la tumeur est trop adhérente, ou bien quand il s'agit d'un hématome enkysté, on devra se borner à faire une *marsupialisation*.

L'incision sera médiane, suffisante pour permettre un accès facile sur la tumeur. Après incision du feuillet mésentérique, ponction avec un gros trocart pour évacuer le contenu du kyste. Le péritoine étant bien protégé par des compresses, un coup de ciseau agrandit l'orifice de ponction et on explore soigneusement la paroi interne pour la débarrasser des caillots et des débris fibrineux. Enfin on marsupialise en suturant les bords du kyste à la paroi abdominale. On drainera avec un gros tube sans qu'il soit utile d'établir un tamponnement.

Les suites opératoires sont en général simples; on raccourcit progressivement le drain à mesure que la poche se comble.

La guérison est longue et c'est là le principal reproche adressé à la méthode; certains malades restent 4 et 5 mois porteurs d'une fistule longue à tarir. Cependant cette

éventualité n'est pas la plus fréquente et Timbal a pu réunir quinze cas de guérison au bout d'un mois en moyenne.

On a reproché à la marsupialisation des accidents septiques favorisés par la facilité avec laquelle le mésentère absorbe les produits toxiques résorbés au niveau de la poche; on les évite en surveillant attentivement les pansements après l'opération et en les réalisant avec une parfaite asepsie.

OBSERVATION

Inédite, due à l'obligeance de M, le professeur Massabauu.

Madame A., 40 ans, ne présente aucune particularité dans ses antécédents pathologiques. Réglée à 15 ans, et toujours bien réglée, elle a eu un accouchement normal il y a 7 ans.

La maladie a débuté en mai 1916, par l'augmentation du ventre surtout marqué dans la région sous-ombilicale: C'est ce seul symptôme qui a attiré l'attention de la malade.

Cette augmentation de volume s'est accrue progressivement en 1917 et 1918 sans déterminer de douleurs bien appréciables. Il y a quelques mois seulement la malade accuse des douleurs abdominales sourdes, surtout marquées dans la région de l'hypochondre gauche, douleurs continues avec quelques exacerbations et des douleurs lombaires plus pénibles,

Anorexie habituelle. Quelques vomissements sont survenus seulement dans les dernières semaines. La constipation n'est pas très accentuée.

Les règles sont régulières et ont été normales comme abondance jusqu'aux derniers mois où la malade a constaté une diminution sensible. Urines normales.

A l'examen, on constate que la malade présente un ventre très volumineux avec une forme en obusier très caractéristique; l'ombilic paraît être à peu près le centre de la tuméfaction.

A la palpation, on constate la présence d'une tumeur nettement délimitable du volume d'une grosse tête d'adulte, qui occupe la partie moyenne de l'abdomen, de forme arrondie et s'étendant en hauteur à égale distance, de part et d'autre, de l'ombilic. Sa surface est lisse et régulière, sa consistance rénitente et on obtient nettement la sensation de fluctuation.

La tumeur, immobile dans le sens vertical, est légèrement mobilisable dans le sens transversal, de droite à gauche principalement.

A la percussion la tumeur est mate; en haut et sur les flancs elle est limitée par une zone à sonorité intestinale; en bas la matité de la masse se continue jusqu'à la symphyse pubienne sans qu'il y ait interposition d'une zone sonore appréciable.

Le toucher vaginal permet de constater que l'utérus est normal et non dévié: le pôle inférieur de la tumeur n'est perçu dans aucun cul-de-sac et la mobilisation de la masse n'entraîne pas l'utérus.

Malgré ces symptômes négatifs, on pense à la possibilité d'un kyste ovarien très pédiculisé et renfermant du liquide sous très forte tension.

Opération le 10 avril 1919 Laparotomie médiane. Aussitôt le ventre ouvert, on ponctionne le kyste qui laisse échapper une grande quantité d'un liquide assez épais, couleur café au lait et finement granuleux. La poche vidée on se rend compte que le kyste est rétro-péritonéal: il est flanqué sur son côté droit par le colon ascendant; en bas et à gauche, des anses grêles sont très

adhérentes. Le péritoine postérieur est incisé à distance suffisante du gros intestin : on trouve entre lui et la paroi de la poche un plan de clivage suffisant qui permet son énucléation relativement facile; dans la partie profonde l'hémorragie diffuse est assez importante.

Capitonnage soigneux de la vaste poche à parois crutes laissée par la dissection du kyste. Suture du péritoine postérieur. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Suites sans incidents.

Examen de la tumeur. — Il s'agit d'un kyste uniloculaire. Sa paroi présente une épaisseur d'un demi centimètre environ et sa face interne débarrassée sous un courant d'eau des lambeaux fibreux adhérents présente une surface lisse, avec, par endroits, un aspect un peu chagriné qui fait penser à la possibilité d'un revêtement épidermique pavimenteux.

L'examen du liquide, café au lait contenu dans la poche, montre qu'il est amicrobien; on y constate la présence de quelques mononucléaires dégénérés, d'une couche assez considérable de grandes cellules aplaties, du type endothélial, présentant un noyau en état de pycnose et un protoplasme vacuolaire en voie de dégénérescence granulo-graisseuse et enfin de nombreux globules rouges.

La paroi du kyste a la structure suivante : elle est formée par deux couches :

Une couche externe constituée par du tissu conjonctif lâche dans lequel se trouvent de nombreux vaisseaux : quelques-uns sont rompus et il se forme de véritables suffusions hémorragiques plus ou moins rapprochées de la lumière de la cavité.

La couche interne est constituée par un revêtement endothélial discontinu. En certains points, il n'existe pas de revêtement cellulaire : le tissu conjonctif de la couche

profonde est à nu dans la cavité et sa surface interne est plus ou moins revêtue par des lambeaux fibrineux multi-stratifiés. Là où il existe, l'endothélium est formé de grandes cellules aplaties, à noyau central qui ressemblent à l'endothélium péritonéal : on peut encore mieux l'identifier par les cellules desquamées et en voie de dégénérescence qu'on trouve dans le liquide.

CONCLUSIONS

I. La transformation hématiche d'un kyste séreux du mésentère se fait presque toujours par un processus inflammatoire de pachysérîte hémorragique.

II. La pathogénie des kystes séreux est encore mal précisée. Dans notre cas, on serait tenté d'admettre plutôt la théorie de Cunéo : il s'agirait d'un kyste rétro-péritonéal dû à un vice de développement embryonnaire du péritoine.

III La paroi du kyste était formée dans notre cas par une couche conjonctive riche en vaisseaux, revêtue à sa face interne d'un endothélium discontinu semblable à l'endothelium péritonéal.

IV. La méthode de choix du traitement de ces tumeurs est l'extirpation par décortication. Quand, du fait des adhérences intestinales en particulier, cette décortication est impossible, on devra se borner à une marsupialisation.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 30 mai 1919
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuve,
Montpellier, le 30 mai 1919
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- AREKION. — Les kystes sanguins du mésentère. Thèse de Paris, 1893.
- AUGAGNEUR. — Les tumeurs du mésentère. Thèse d'agrégation de Paris, 1886.
- BRAQUEHAYE. — Kystes du mésentère. Archives générales de médecine, 1892.
- CHAYRON. — Les kystes du mésentère. Thèse de Paris, 1890.
- CUNÉO. — Un cas de kyste du mésentère. — Archives générales de médecine, février 1909.
- GROSS. — Diagnostic et traitement des kystes du mésentère. Bulletin médical, 1895.
- GUY. — Pseudo-kystes traumatiques de l'arrière-cavité des épiploons, d'origine pancréatique. Thèse de Paris, 1902.
- NIOSI. — Les kystes mésentériques d'origine embryonnaire, Virchow, 1907. Archives de médecine et de chirurgie.
- POTEL. — Pathogénie des kystes du mésentère. Écho médical du Nord, 1902.
- ROQUES. — Kystes sanguins du mésentère. Thèse de Lyon, 1900.
- TIMBAL. — Les kystes sanguins du mésentère. Revue chirurgicale. Janvier, février 1910.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
